



תביעה לתשלום גמלה לתלויים בנפגעי עבודה

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים בהתאם לנדרש בטופס התביעה.
- את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:
 - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- לשאלות ובירורים ניתן לפנות להתקשר למוקד *6050 או 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.
- לתשומת ליבך, הטיפול בתביעה עלול להתארך ולפיכך מוצע להגיש במקביל גם תביעה לקצבת שארים (בל / 410).

לידיעתך

- לא למן בלבד - חובה לצרף אישור הכנסות על כל מקור הכנסה.
- לא למנה הנמצאת בהריון - תעודה רפואית ובה פירוט על חודש ההריון.
- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- ניתן לקבל את המכתבים באינטרנט במקום בדואר. לשם כך, עליך למלא בטופס התביעה את פרטי הדואר האלקטרוני שלך. במקום מכתב בדואר, יישלח אליך אי-מייל עם הפניה לצפייה במכתב באופן בטוח באתר השירות האישי של הביטוח הלאומי.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
נפגעי עבודה

**תביעה לתשלום גמלה
לתלויים בנפגעי עבודה**

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון _____	מס' זהות / דרכון _____
סוג המסמך _____	דפים _____

חותמת קבלה

פרטי המנוח	
שם משפחה _____	שם פרטי _____
מספר זהות ס"ב _____	מין זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>
מעמד אישי בעת הפגיעה נשוי <input type="checkbox"/> רווק <input type="checkbox"/> גרוש <input type="checkbox"/> ידוע בציבור <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	תאריך לידה _____
התלויים בנפגע אישה <input type="checkbox"/> הורים <input type="checkbox"/> ילדים <input type="checkbox"/> אחרים. פרט: _____	
כתובת (הרשומה במשרד הפנים)	
רחוב / תא דואר _____	מס' בית _____
כניסה _____	דירה _____
יישוב _____	מיקוד _____

פרטי מקום עבודת המנוח בעת הפגיעה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא את סעיף א'2	
אם המנוח היה שכיר מקום העבודה _____	כתובת _____
אם המנוח היה עצמאי שם העסק _____	כתובת _____
אם המנוח היה מתנדב שם הגוף ששלח אותו להתנדבות _____	טלפון _____

א'2 פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון	
מקום השירות צה"ל <input type="checkbox"/> משמר הכנסת <input type="checkbox"/> שב"ס <input type="checkbox"/> משא"ז <input type="checkbox"/> משטרה <input type="checkbox"/> אחר <input type="checkbox"/>	טלפון קווי _____
רחוב/תא דואר _____	טלפון נייד _____
מס' בית _____	מס' פקס _____
תאריך כניסה לשירות קבע _____	תאריך סיום השירות בקבע _____
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, נא צרף העתק ממכתב הדחיה.	

הכתובת בה ארעה הפגיעה (במפעל, בדרך וכו') _____

מקום הפגיעה:

במפעל או בעסק מחוץ למפעל או לעסק בדרך לעבודה בדרך הביתה

סוג הפגיעה: נפילה ממקום גבוה נפילה כתוצאה ממפגע בדרך התחשמלות תקיפה פגיעה מבעל חיים

אחר, פרט _____

תיאור מלא של הפגיעה, נסיבותיה וגורמיה, בציון הציוד והמכשירים שגרמו לפגיעה (אם המקום אינו מספיק נא לצרף גיליון נוסף ובו פרטי התביעה המפורטים והמלאים): _____

שעת הפגיעה	יום בשבוע	<p>תאריך הפגיעה</p> 
שעת הפטירה		<p>תאריך הפטירה</p> 

במקרה של פטירה עקב תאונת דרכים: נא לציין האם נפגע בהיותו: נהג נוסע הולך רגל
 סוג הרכב המעורב בתאונה _____ מס' רישוי הרכב _____
 חב' הביטוח של הרכב _____ מס' פוליסת ביטוח _____ (נא לצרף צילום תעודת ביטוח ורישיון רכב)

פרטי הנהג: שם: _____ ת.ז. _____

פרטי נוסעים נוספים ברכב: _____

האם נמסרה הודעה על התאונה או האירוע למשטרה? לא כן, נא לצרף דו"ח משטרה
 התאונה טופלה בתחנת משטרה ב- _____ מס' תיק במשטרה _____

במקרה והפגיעה נגרמה כתוצאה ממפגע, האם ברשותך תמונות של מקום המפגע? לא כן, נא לצרף לטופס התביעה

4

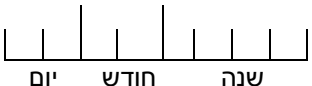
סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? לא כן,
 הגוף המסייע: עורך דין חברת מימוש זכויות יד מכוונת בית חולים אחר _____
 שם הגוף המייצג או המסייע: _____
 תאריך תחילת ההתקשרות _____

5

קבלת טיפול רפואי

שם הרופא או השירות הרפואי שטיפלו במנוח בעת הפגיעה

שם בית החולים בו אושפז	תאריך קבלת הטיפול הרפואי לראשונה  שנה חודש יום
שם המרפאה והרופא המטפל	שם קופת החולים בה היה חבר

6

פרטים משלימים

שמות העדים לפגיעה

לא נכחו עדים

כן נכחו עדים. אנא מלא את פרטי העדים:

<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____	טלפון	כתובת	שם העד	1
<input type="checkbox"/> חבר לעבודה <input type="checkbox"/> מכר <input type="checkbox"/> אחר, פרט _____	טלפון	כתובת	שם העד	2

האם המנוח קיבל קיצבה מהמוסד לביטוח לאומי לא כן - ציין איזו קצבה _____

האם הוגשה או תוגש תביעה לפיצויי נזיקין בגין המקרה כנגד גורם אחר מלבד הביטוח הלאומי?

לא כן, תאונת דרכים נזיקין הנתבע: _____ עו"ד: _____

זהות הנתבע _____ כתובת _____

טלפון _____ פקס _____

נא ציין היכן התביעה הוגשה: בבית משפט שלום מחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

האם התובע קיבל או עתיד לקבל תשלום בקשר לפגיעה מגורם אחר לא כן (פרט) _____

פרטי האלמן

שם משפחה		שם פרטי		מספר זהות ס"ב	
מין		תאריך לידה		תאריך נישואין	
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		שנה חודש יום		שנה חודש יום	
עיסוק: <input type="checkbox"/> שכיר <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> מתנדב					
כתובת (הרשומה במשרד הפנים) ופרטי התקשרות					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
טלפון קווי		טלפון נייד		דואר אלקטרוני:	
				_____ @ _____	
אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – נא השלם את הפרטים הבאים:					
שם משפחה איש קשר		שם פרטי איש קשר		מס' זהות איש קשר ס"ב	
<input type="checkbox"/> אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט – SMS, דואר אלקטרוני), במקום דואר רגיל.					
לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.					
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת המפורטת למעלה)					
רחוב / תא דואר		מס' בית		כניסה	
דירה		יישוב		מיקוד	

פרטי הילדים מגיל 18 עד גיל 24

למוסד לביטוח לאומי מידע על ילדיך עד גיל 18 הרשומים במשרד הפנים ולכן איננו מבקשים פרטים עליהם

האם יש לך ילדים עד גיל 24? כן לא

מספר זהות	שם הילד		תאריך לידה	בעבור ילד מעל גיל 18: האם לומד/ בשירות*/ אחר (כן/לא)	הילד גר איתי (כן/לא)
	שם פרטי	שם משפחה			
1			שנה חודש יום		
2			שנה חודש יום		

פרטים על ילדים נוספים רשום בדף נפרד

* שירות בצה"ל / קד"צ / עתודה / שירות לאומי / שירות

יש לצרף אישורים רק אם לומד, בהתנדבות בשירות לאומי, עתודה או קד"צ

אי מילוי סעיף זה ימנע בחינת זכאותך לתוספת לגמלה בעבור ילדיך

פרטי חשבון הבנק של התובע

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

מספר חשבון		שם הבנק	
מס' סניף	שם הסניף / כתובתו		

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי הצהרתי לעיל ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחילופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל וכי יהא עלי להמציאם לפי דרישה.

תאריך _____ חתימת מקבל התשלום ✕ חתימת/חתימות השותפים לחשבון _____

הצהרה

אני החתום מטה מצהיר בזה כי כל הפרטים שנמסרו על ידי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים.

ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים הן עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה או להגדלתה על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר.

ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עלי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה.

אם אהיה זכאי להטבה, אני מסכים להעברת המידע אודותיי לגורמים נותני ההטבות.

תאריך _____ חתימת התובע ✕ _____

פרטים על תלויים אחרים בנפגע (יש לציין רק את מי שאינו אלמן או ילדים של המנוח)

תלוי 4	תלוי 3	תלוי 2	תלוי 1	
ס"ב	ס"ב	ס"ב	ס"ב	מס' זהות
				שם משפחה
				שם פרטי
				תאריך לידה
שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	שנה חודש יום	מין (זכר/ נקבה)
				יחס הקרבה לנפגע
				כתובת מלאה
				מקום העבודה
				הכנסה חודשית מעבודה * וממקורות אחרים
				הכנסה מתמיכת המנוח
				האם מקבל קצבה מהמוסד?
				האם גר בדירת המנוח לפני הפטירה? אם כן ציין ממת
* אם אינו עובד – ציין את הסיבה:				

פרטי חשבון הבנק של תלויים אחרים בנפגע – אם קיימים

כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו, אבקש להעבירו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף / כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום: לחשבון הקיבוץ / המושב לחשבוני הפרטי

אני השותף לחשבון הבנק של ת.ז. _____ שם _____ מתחייב להשתמש בכספי התביעה שיופקו לחשבון, בעבור מקבל התביעה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים לחשבון הבנק ו/או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימם על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכוח, בין במהלך תקופת הזכאות ובין לאחריה.

אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות, או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטי מושכי התשלומים.

_____ x _____ x _____
 חתימת מקבל התשלום חתימת/חתימות השותפים לחשבון תאריך

אישור המעביד על עבודה ושכר (אם המנוח היה שכיר)

I פרטי המנוח														
שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														

II פרטי המעסיק															
שם המעסיק	מספר תיק ניכויים		טלפון קווי												
רחוב / תא דואר	מס' בית	יישוב	מיקוד												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															

III פרטי השכר															
יש לפרט בטבלה שלהלן את פרטי השכר בחודש הפגיעה ובשלושת החודשים שקדמו לפגיעה.															
בפרטי השכר יש לכלול את כל רכיבי השכר. את התוספות החד-פעמיות או המענקים ששולמו יש לפרט בטור נפרד.															
חודש	מס' הימים עבורם שולם השכר	סכום ברוטו לחודש זה	תוספת חד פעמית או מענק שנכללו בשכר ברוטו												
			שם התשלום												
			לתיקופה												
			סכום												
מס' ימי עבודה בשבוע במפעל															
<input type="checkbox"/> המנוח היה עובד <input type="checkbox"/> חודשי <input type="checkbox"/> יומי <input type="checkbox"/> חלקי															
תאריך התחלת העסקת המנוח במפעל/מקום העבודה															
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															
שנה															
חודש															
יום															
האם המנוח נעדר מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה?															
<input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן. בתאריכים: _____															
מהסיבה: _____															

IV פרטים על תאונה מחוץ לעסק או למפעל	
<input type="checkbox"/> התאונה אירעה מחוץ למפעל – תוך כדי עבודה	
מקום הפגיעה: _____	
המקום בו היה על הנפגע לעבוד או בו עבד הנפגע ביום התאונה: _____	
האם המנוח הועסק דרך קבע מחוץ לכותלי המפעל? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן בדרך כלל מועסק ב: _____	
האם נכחו עובדים נוספים בעת הפגיעה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן שמם: _____	
<input type="checkbox"/> תאונה בדרך לעבודה	
באיזו שעה היה על המנוח להתחיל בעבודה? _____ איזו משמרת? _____	
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> תאונה בדרך הביתה	
באיזו שעה סיים המנוח את העבודה? _____ האם סיים בשעה הקבועה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא,	
הסיבה ליציאה המוקדמת: _____	
האם הרכב המעורב בתאונה הוא בבעלות המעביד או בשימוש? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן	
<input type="checkbox"/> האם המקרה נחקר ע"י הפיקוח על העבודה שבמשרד התמ"ת? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, נא לצרף העתק מהדו"ח	

אנו החתומים מטה מאשרים כי הפרטים שנמסרו על ידינו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל:
(נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, לגבי הפגיעה) _____

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל / במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת * _____